



**Drodzy Czytelnicy,
Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,**

trzeba przyznać, iż ostatnie dwa miesiące były dla kardiologii inwazyjnej stosunkowo spokojne. Nie jesteśmy już postrzegani jako branża, w której żyje się ponad stan. Pozostaje jeszcze tylko wierzyć, że decydenci znów dostrzegą w Nas potencjał do wykorzystania na rzecz potrzeb społeczeństwa.

Długo oczekiwane spotkanie z Ministrem Zdrowia w czasie dorocznego Kongresu PTK (tym razem w Krakowie) było niewątpliwie interesujące. Dowiedzieliśmy się, że lada moment ruszy program interwencyjnego leczenia niedokrwiennego udaru mózgu, a nieco później (prawdopodobnie w listopadzie) również program skoordynowanego leczenia dla chorych z niewydolnością serca — KONS (program Koordynowanej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca). Niestety, z powodów głównie finansowych (ten wątek wybrzmiewał jeszcze kilka razy podczas spotkania), oba programy zostaną opatrzone etykietą pilotażu, co oznacza, że obejmą ograniczoną liczbę ośrodków. Nieco uspokaja obietnica stosunkowo szybkiego zwiększania ich liczby w przypadku leczenia udaru, natomiast w kwestii KONS-u zapewne trzeba będzie poczekać rok zanim stosowne opracowania wyników wykażą jego efektywność. No cóż, lepsze to niż nic...

Bardzo wierzę w to, że piąty już numer Kardiologii Inwazyjnej w roku 2018 spodoba się Naszym Czytelnikom. Ze swojej strony postaram się w skrócie go zarekomendować.

W dziale **Choroby strukturalne serca** znalazły się dwa artykuły. Jeden z nich to praca oryginalna autorstwa Katarzyny Byczkowskiej i wsp. pod tytułem *Przecewnikowa implantacja zastawki aortalnej jako metoda leczenia ciężkiej stenozy aortalnej — status kliniczny pacjentów i wyniki leczenia w dwunastomiesięcznej obserwacji jednego ośrodka*. Nie wątpię, iż w czasie kiedy wskazania do przeszłornej implantacji zastawki aortalnej coraz bardziej się poszerzają dobrze jest spojrzeć wstecz na dotychczasowe wyniki. Bardzo ciekawe jest we wspomnianej pracy to, że dotyczy pierwszej grupy chorych, którzy ukończyli roczną obserwację. Uzyskane wyniki nie odbiegają od tych z najbardziej renomowanych ośrodków światowych.

Niedomykalność zastawki trójdzielnej występuje z dużą częstością, szacowaną na 90% populacji

ogólnej. Najczęściej, bo w około 80% ma charakter czynnościowy i związana jest z poszerzeniem pierścienia zastawki trójdzielnej oraz niewystarczającą koaptacją jej płatków w następstwie remodelingu prawej komory, co z kolei wynika z przeciążenia ciśnieniowego i/lub objętościowego prawej komory. Niedomykalność zastawki trójdzielnej była przez wiele lat uważana za wadę serca o łagodnym charakterze i małym znaczeniu klinicznym. Nawet pacjenci z ciężką, wtórną formą tej choroby często nie byli poddawani interwencji w obrębie zastawki trójdzielnej podczas operacji wady zastawkowej lewej części serca. Obecnie wiadomo, że niedomykalność trójdzielna stosunkowo rzadko ustępuje, a nawet może się nasilić po operacyjnym leczeniu wady lewego serca (!).

I właśnie temu zagadnieniu poświęcona jest druga praca z działu *Choroby strukturalne serca* autorstwa Mieczysława Dutki i Wojciecha Wojakowskiego pod tytułem *Niedomykalność zastawki trójdzielnej — niedoceniany problem „zapomnianej” zastawki*. Tekst przedstawia współczesną wiedzę na temat niedomykalności trójdzielnej oraz współczesne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne z uwzględnieniem metod przeszłornych.

Zapewne nie raz, nie dwa każdemu z nas podczas dyżuru zdarzyło się przeżywać stresującą sytuację, kiedy u chorego z OZW (ostry zespół wieńcowy) pomimo wdrożonej farmakoterapii (w tym amiodaronem!) i przeprowadzonej rewaskularyzacji komorowe zaburzenia rytmu nadal się utrzymywały. I właśnie w dziale **Intensywna terapia** Stefan Samborski i wsp. przedstawiają przypadek kliniczny chorego z nawracającymi częstoskurczami komorowymi w przebiegu zawału NSTEMI, utrzymujące się pomimo rewaskularyzacji i — wydawać by się mogło optymalnej — farmakoterapii. W opisie przypadku Autorzy omawiają dalsze postępowanie, możliwości wdrożenia niestandardowej farmakoterapii oraz użycie metod zabiegowych — ablacji endowaskularnej i implantacji kardiowertera defibrylatora.

W dziale **Niewydolność serca** proponujemy kolejną pracę oryginalną, tym razem autorstwa Agaty Galas i wsp., w której dokonano oceny relacji między stężeniem wysokoczułej troponiny a innymi wskaźnikami klinicznymi (w tym badaniem echo serca) i labora-

toryjnymi (w tym NTproBNP) w grupie stu dwóch chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia niewydolności serca. W podsumowaniu Autorzy stwierdzają, iż „występowanie podwyższonych wartości wysokoczułej troponiny T u pacjentów z zaostrzeniem niewydolności serca wykazuje związek z niższą frakcją wyrzutowa lewej komory, gorszą funkcją nerek, niedokrwistością, podwyższonym poziomem NT-proBNP oraz nasileniem przewodnienia w obrębie klatki piersiowej”. Niewątpliwie warto o tym pamiętać w trakcie diagnostyki różnicowej u chorych z podwyższonym poziomem troponin.

Trzeba uczciwie przyznać, iż Szef działu **Kardiochirurgia** robi wiele, żeby nie tylko zachować ciągłość tekstów w kolejnych numerach, ale jeszcze do tego dba o to, żeby kardiologzy inwazyjni widzieli, jak bardzo w ostatnich latach zmieniała się kardiochirurgia. Tym razem Maciej Bartczak i wsp. prezentują dwóch chorych z przebytych wcześniej pomostowaniem aortalno-wieńcowym (CABG), u których w celach rewaskularyzacji wykonano MIDCAB (*minimally invasive coronary artery bypass*) jako metodę z wyboru. Trzeba przyznać, iż jeszcze do niedawna słyszało się z ust doświadczonych kardiochirurgów, że po sternotomii, która potrzebna jest przy klasycznym CABG, nie ma mowy o MIDCAB. Cóż, czas idzie naprzód i niemożliwe staje się jednak możliwe...

Dział **Przypadków Klinicznych** nigdy nie zawodzi. Od początku istnienia zawsze przygotowuje historie diagnostyki i leczenia ciekawych klinicznie chorych. Jestem przekonany, że i tym razem Czytelnicy nie zawiodą się, czytając przypadek autorstwa Michała Stachury i wsp. pod tytułem *Ostre zamknięcie dominującej prawej tętnicy wieńcowej leczone angioplastyką wieńcowa z implantacją stentu lekowego (DES) oraz skuteczną trombekcją aspiracyjną u pacjentki z wywiadem wielogodzinnego nietypowego bólu w klatce piersiowej*. Lektura tego przypadku po raz

kolejny udowadnia, że inhibitory receptora płytkowego b2a3 oraz manualna trombekcja aspiracyjna są wręcz nie do zastąpienia przynajmniej u części chorych z OZW.

W niniejszym numerze znajdziecie również kolejny odcinek **Innowacji w Kardiologii Inwazyjnej** autorstwa Adama Janasa i wsp. — *Innowacje w kardiologii inwazyjnej, październik 2018*. Tym razem, nieco odmiennie niż dotychczas, nowości zostały przedstawione w czterech zagadnieniach — dla naczyń wieńcowych i obwodowych, chorób strukturalnych serca oraz nadciśnienia tętniczego. Zachęcam do zapoznania się z nimi, bo wbrew pozorom dzieje się w kardiologii wiele, a co więcej mowa jest o urządzeniach/metodach stosowanych u ludzi. Ze swojej strony zwracam uwagę na już będące w użyciu cewniki umożliwiające wykonanie zarówno ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS, *intravascular ultrasound*), jak i optycznej tomografii koherentnej (OCT, *optical coherence tomography*).

„Kardiologia Inwazyjna” jest czasopismem środowiska szeroko pojętej kardiologii inwazyjnej, dlatego też Czytelnik i w tym numerze znajdzie ciekawe informacje w dziale Aktualności AISN, EAPCI oraz PTK, a ponadto zaproszenie na zbliżające się doroczne, ważne dla naszego środowiska konferencje: NFIC w Krakowie i Spotkanie Kardiologów w Poznaniu. Numer bieżący uzupełniają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego: w pierwszym, z cyklu „Reflektorem po świecie kardiologii”, przedstawia aktualny przegląd najważniejszych wydarzeń, a w kolejnym odcinku swojego cyklu „A po dyżurze” poleca wybrać się do Nantes, by zapomnieć o kłopotach codzienności.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil